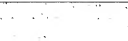


**SUGLI ULTIMI
METODI DI
ESTRAZIONE
LINEARE DELLA
CATARATTA PEL...**

Stefano Fenoglio





SUGLI ~~OPERE~~

ULTIMI METODI

DI

ESTRAZIONE LINEARE DELLA CATARATTA

DEL DOTT.

STEFANO FENOGLIO

INGEGNERE DI SPERIMENTAZIONE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA

MEMORIA

Letta nella Accademia senologica di Padova nel giorno 4 Marzo 1870



PADOVA

PER TIPI DI G. B. BART. BARNI

1870

Quando si parla o si scrive dell'estrazione di Cataratta, oggi giorno gli oculisti non vogliono occuparsi che all'estrazione lineare, differenzialmente modificata da pratici eminenti; svegliachè tanti pericoli accompagnano e seguono l'estrazione classica a lenbo, che essa veniva intrapresa con immensa trepidazione, quantunque la cosa leggesse critica, e l'esatta osservazione dei fatti clinici deponeva a favore di questo bell'usina intraprendimento chirurgico che ora è quasi generalmente abbandonato. E al giorno d'oggi per ancor alcuni oculisti tanto paventano gli accidenti dell'estrazione, e trovano così facile il metodo, cosiddetto pel momento, della inclinazione, che si allungano a questo, senza prendere la briga dei trionfi dell'Oculistica, e degli studi seri e profondi dei suoi indolenti cultori, che portarono questo pericoloso metodo a tale precisione e a tale sicurezza, per cui nessun' altra speranza di alta chirurgia può vantare trionfi costanti.

Io non sono partigiano della recinazione; anzi io non voglio saperne. La mia, e la pratica di molti altri colleghi, mi hanno eletto sulla reale superiorità di tal metodo. Non voglio però negare che non possa tornare utile e applicabile in qualche raro caso; ma delle eccezioni, rare così che nella lunga pratica di alcuni oculisti non avvengono mai, non voglio occuparmi.

Fino da quando la mia mano ebbe la lieta fortuna di eseguire felicemente alcune estrazioni a lembo di Cataratta, io fui commosso dall'altizio del successo, e seguiti con arida e febbrile trepidazione tutti i progressi, tutte le modificazioni che tale metodo subì nelle mani dei distinti cultori dell'oftalmologia. Ebbi la non frequente fortuna di vederli operare, nei centri più scientifici della culta Europa, e ritorno in patria, radicato profondamente in me l'ansiosa che l'estrazione deve essere il solo metodo adottato; occorrendo non raro la rottura della Cataratta nei speciali casi di Cataratta infantile molle, e liquida.

Non era da nascondersi però, pochi anni addietro, che invece partigiano dell'estrazione classica a lembo, l'oculista non dovesse lottare contro difficoltà tali da scoraggiare i meno arditi, e dare la vittoria a coloro che elevavano a cielo la recinazione. Difatti le statistiche suonavano male; le perfide presentazioni erano gravi, i morbi successi numerosi, la necessità di successive operazioni frequente. E là allora che si studiò, si sperimentò

tò, si affieci, e si giunse al risultato ultimamente pubblicato dal Gellé a Berlino, del Meyer a Parigi, e del Mooren di Düsseldorf. Il Gellé ottenne il 94 %, il Meyer su 63 casi riuscì su 61, e Mooren non ebbe che 3 insuccessi su 102 operazioni.

Invece Roux nell'estrazione classica a lembo ebbe nelle sue 2 statistiche prima il 61, poi il 66 %. E Roux era celebre per la sua rara abilità operatoria! Ed alcuni che avvicinarono questo distinto operatore tengono queste cifre molto sospette; Fano anzi, che fu suo interno, pur facendo elogio alla bravura operatoria del suo superiore, assicura che egli non aveva il 25-30% di felici successi. Il Furnari ebbe il 34-39% di successi. All'ospedale della Charité non si poté ottenere dal defunto e compianto Volpazi più del 60-69%. E intendiamoci, in questi 60 o 66-69% sono compresi molti mezzi successi che ammontavano di spesso alla perfetta esatità.

Ma i princij che guidavano i pratici ad abbracciare l'estrazione della Cataratta e ad allontanarsi sempre più dalla recitazione erano fisiologici, positivi, dimostrati e logici; dovevano quindi trionfare. Solo si era ancor lontani dalla perfezione, gli studi doveano continuare. E ad ottenerla si accinsero i nostri eminenti oltremontani Gellé, Boerhaave, Critchett, Donders, Jacobson, Sperino, Gioppi, ecc., ecc. Essi tennero fermo il principio dell'estrazione, ma modificarono gli atti operativi, ed oggi, che noi abbiamo abbandonato affatto la

classica estrazione a lembo di Daniel e Vernet, non possiamo scegliere fra quattro o cinque metodi di estrazione lineare, che ci permettono di agire con più coraggio, mettendoci al coperto dai gravi pericoli, che fanno abbreviare i termini della estrazione classica. Io tengo buon numero di operai di Calceatla per estrazione, ne opera con tutti i metodi, e non posso; obbene! mi è pur grato confessare, con dolore, che le mie statistiche sono ben lontane dalla eccellenza delle americane. Le mie perdite oscillavano sempre fra l'11 e il 12½g. Data una necessaria confessione! Però se è un conforto l'aver compagni nella mischia, lo l'ho dato frequent volte questo conforto, parecchi altri miei questi colleghi, che godendo di grado e lena, hanno largo campo da mettere per le statistiche, mi confessavano francamente lo stesso risultato. Devo accettare però che queste statistiche sono redatte su metodi di ogni genere, senza scelta di sorta. Troppo si è detto sulle statistiche perché io mi dilungo d'avvantaggio; solo mi piace di accennare le parole di Griffe: « Egl è su un grandissimo numero, dice, diremo quasi su una massa di cifre che noi possiamo basare delle medie proporzionali, e il male che io faccio osservare che queste parole infirmano grandemente l'impressione che produce il risultato della statistica di Grife. Ora mi è dolce come la sicurezza primante che lo sfarsi da ora in ante sul cambiamento favorevole della media proporzionale, delle

ma statistica; ed oggi posso assicurare che io non perdetti che l'849 nelle numerosissime operazioni che esegui da circa 18 mesi. Ultimamente in un viaggio che intrapresi in Dalmazia potei avere tale un numero di operazioni di Cataratta da accontentare il più indiscreto oculista; ed io fui di fatto contento; e tanto più perchè il risultato fu molte volte superiore all'aspettativa. Siccome però non m'accolai dicemente a nessuno delle ultime modificazioni dell'astrazione *l'innere*; ma tutte le esegui ripetutamente, in separati casi clinici, così mi parve di essermi formato un esatto concetto clinico di tutte le principali, e questi ultimi risultati messi assieme a quelli che la mia pratica mi avea fatto così di frequente incontrare negli anni addietro, mi permisero di esaminare criticamente, both alla mano, ognuno di questi metodi, raccogliendo in corollari finali, ciò che io praticamente debba essere strettamente osservato. *esigentes*

I metodi dei quali voglio parlare sono i seguenti: La prima modificazione del Grife, quella di Valden, Critchett e Boreman, la II modificazione di Grife, e finalmente l'ultima apportata dal nostro Prof di Clinica, Giappe.

Fino dal 1712 Saint-Yves, e Parfleur du Petit avevano estratto attraverso una incisione lineare corneale (si noti bene: corneale) delle Cataratte aride silquiste. Federico Jäger, Vardrop, e Gibson trovarono a metodo generale questo processo; e Vardrop alzando ogni cristallino, di grandi o

di piccolo dimensioni, dure, nucleate, o molle, a passare per una incisione lineare, alla volta insufficiente, screpolito d'assai tale estrazione, così che gli occhisti l'abbandonarono quasi tutti. Edoardo Jäger, che fu il primo a darlo tal nome, puntellò della sua autorità e della sua pratica il metodo operativo, il quale però a stento guadagnava credito perchè le diagnosi poco esatte delle opacità cristalline rendevano di frequente l'operazione in discorso male applicata. Si fa dopo che la scienza fece dei precisi progressi diagnostici che Grife nel 1854 poté fissare delle regole operatorie e stabilire che si operassero le sole Cataratte molli dei giovani. Tali regole si compendiano: I. nella incisione della cornea; II. nella incisione della capsula; III. nell'uscita del contenuto di questa. Nel caso che frammenti di Cataratta rimanessero nell'occhio, Grife prescriveva delle manovre col cataratto di David per farli uscire. Dettando così precisamente le indicazioni e i maneggi chirurgici di tale operazione i risultati furono migliori; e giunsero al punto che i chirurghi si domandarono se si poteva ottenere i benefici di tale operazione anche alle Cataratte nucleate o dure, meravigliati della facilità e sicurezza con cui avveniva la distruzione. Grife stesso si rifuse allo studio e nel 1856 pubblicò il suo primo processo, che descrive brevemente, fu il primo passo che segnò di cammino glorioso della oculistica operatoria del giorno d'oggi contro le Cataratte.

Avendosi convinto che l'iride era di ostacolo e che il nucleo o i frammenti del cristallino uscirebbero facilmente attraverso la pupilla e l'apertura corneale, e che l'introduzione del cucchiaino al di dietro dell'iride per prenderla l'avrebbe grandemente costosa, pensò di aggiungere per secondo tempo l'escisione di detta membrana, che veniva eseguita quasi sempre 4 o 6 settimane prima dell'estrazione. Dopo il qual tempo procedere alla estrazione della lente con un taglio corneale ampio, e colla diatemia, seguerdosi l'uscita della Cataratta mediante un cucchiaino largo, col quale si fa scivolare il nucleo fuori della ferita. In questa operazione il cristallino subisce una vera resoluzione. Valdon prese a modificare il cucchiaino del Grife, e ne fece di quattro dimensioni, d'argento malleabile, profonda, con bordi a picco, cosa acuta, nella cui concavità il nucleo si adattare per intero.

Un processo del tutto nuovo, e che realmente fu epoca, fu pubblicato da Jacobson nel 1863 in Berlino sotto il titolo: *Nuovo processo operatorio sicuro al pericolo per la guarigione della Cataratta*.

« La frequente suppurazione della cornea, la di cui causa principale egli riponeva appunto nella ferita di questa membrana, lo mossero a trasportare tale trattamento della cornea alla sclerotica dove già da molti anni si facevano delle piccole incisioni per la formazione di pupille artificiali. In questo modo i pericoli per la cornea che detur-

vano dal trasaffanno e dalla irritazione della labbra della ferita per l'uscita della Cataratta e per l'introduzione degli strumenti dovessero essere tolti, poichè la carne in tutto l'atto operativo rimaneva intatta. »

In seguito Jacobson all'estrazione della Cataratta faceva seguire l'iridectomia, ottenendo sempre più risultati migliori. Tornerà però una pratica bene intesa quella di far seguire e non precedere l'iridectomia all'estrazione; e tale uso di difatti ben presto s'aggiata.

Critchett nel 1866 richiese profondamente l'atto operativo. Invece di eseguire l'incisione della fibrosa dal lato della tempia, la volle superiore, ed eseguita in tre tempi, ossia immergendo dapprima nella camera anteriore in corrispondenza al bordo corneo-sclerale un cheratosomo lancolato, e poi allungando il taglio a destra e a sinistra con piccole forbici curve sul fianco; seguiva poscia l'iridectomia, e la cistotomia, determinando quindi l'uscita del nucleo con dati precisi, e con trazioni mediante cucchiajo. Tal metodo portò di fatto sorprendenti effetti.

Boveman introduceva nel cucchiajo, che Critchett avea già del tutto modificato, nuove riduzioni, che lo condusse alla perfezione; poichè tal cucchiajo abilmente condotto, può compiere l'evulsione del nucleo senza contudere minimamente la ferita.

Non tardarono a mostrarsi gli effetti di questi

miglioramenti, Griffiths e Bouverton ebbero risultati così brillanti che Grife fece un viaggio a Londra espressamente per vedere questi grandi maestri all'opera, ed esaminarne i risultati. E ne fu così convinto che egli impiegò tal metodo su 118 occhi dei quali 11 furono perduti affatto e 28 obblero dopo di una seconda operazione: lo pure fu testimone di questi trionfi e ne ottenne veramente commosso.

Ma Grife non era tale da riposare tranquillo accontentandosi del bene; egli cercava di pervenire all'ottimo ed i suoi studi continuavano quindi indefessi, per ammirando i trionfi del metodo inglese. E nel 1867 una nuova pubblicazione di Grife che proponeva, fatti alla mano, un nuovo metodo operatorio sulla Cataratta, commosse i cultori dell'oftalmologia. Tutto è mutato in questo metodo. L'incisione si fa sulla sclerotica e superiore, e dietro leggi particolari, il coltellino antistessivo, lungo e stretto, era affatto nuovo e facilmente maneggiabile. Al lembo corneale si lascia aderente un piccolo lembo congiuntivale, che facilita straordinariamente la costruzione per prima intenzione. Eseguita l'iridectomia e la cistotomia, con movimento di leggera pressione si cerca di far scivolare il nucleo, il quale se non esce facilmente si afferra con un uncino muscato o viene condotto fuori dell'occhio. — Grife, quando pubblicava la sua opera, avea avuto 68 casi nell'ospedale e nei grandi saloni di estate Edimburgo!

Egli non ebbe neanche una perdita; ventidue successi pieni, e 7 soli imperfettamente riusciti. Le statistiche che ancora superiormente sono tutte eseguite dietro risultati ottenuti con tal metodo, che viene quasi generalmente abbandonata.

Nel 1857 il Prof. Spermio leggeva al Congresso otiologico di Bruxelles una memoria, concernente una sua radicale modificazione dell'operazione di Cataratta per estrazione a lembo, o classica. Egli non eseguisce il secondo tempo dell'operazione, la cistoideima; ma compiuto il taglio corneale di $\frac{3}{16}$ della periferia, con graduata e crescente pressione determina l'uscita di capsula o lente insieme. Era natural cosa che l'Autore dovesse ottenere ed ottenesse a brillanti risultati con questo metodo. Tale spensosa modificazione, che si basava su criterj chirurgici teorici gradassari, ma d'altronde di difficile e pericolosa esecuzione pratica, fu abbracciata da alcuni oculisti, avversata e rejecta da altri, ed oggetto di accente e lunghe polemiche. In sugli 11 operazioni con tal metodo, ebbe 9 successi pieni, e 2 insuccessi; ma in tutte 11 a cui presentò la perdita del bulbo, per la pericostea e difficile esecuzione dell'atto operativo. Ad ogni modo si dà mano dal pratico alla soluzione di questo problema, e si studiò di ristretto e si atto con maggior sicurezza l'uscita di capsula e lente dall'occhio, modificandone la modalità, che in pratica presentava troppi pericoli. Endophtalmia intena. Estrazione lente e capsula

desti, l'operazione di Spretiuc cadde in abbandono, o solo fu accettata dal Prof. Pagnonstoecker, il quale però vi aggiunse l'irideclonia.

Ultimamente Hammer a Praga trovava più pronta e perfetta l'operazione di Grise quando, per ultimo momento dell'atto operativo, incidere la cristallina posteriore, e apriva così una comunicazione fra il vitreo e l'acqueo, togliendo quindi qualunque differenza di pressione, o stiramento fra le diverse parti dell'occhio stesso. Egli è certo che così agendo si schiva il pericolo di Cataratta secondaria, e di violenti infiammazioni irido-cigliari specialmente per la diminuzione dello spunto del muscolo ciliare, che manca di appoggio, facilitandosi grandemente la guarigione. E il Prof. Wecher nel suo stesso trattato di Oculistica fa osservare come guariscono facilmente gli animali in quali una ferita, una operazione, o un qualunque accidente esporti l'intero apparato capsulo-lenticolare.

Ecco, i materiali pratici che insegnò il Prof. Gioppi per ideare il metodo operativo che egli volle chiamare: *espulsione in toto di capsula e lente*, nome che a me non pare addatto, perocchè più a proposito di nominarlo: *asifione in toto*, secondo il metodo Gioppi; perocchè l'operazione si eseguisce mediante trazione del cunicolo, la cui forma attiva è all'esterno dell'occhio; mentre il concetto di espulsione fa supporre una forma intrinseca nell'occhio. D'altronde è bensì vero che i metodi e

le modificazioni delle operazioni di Cataratta si sono grandemente moltiplicate oggidì; ma non sono poi così numerosi da non potersi chiamare col nome del loro inventore, e da venir citati fra loro. Tale giustitia non la rendiamo tuttavia; perchè si dice e si sente: Metodo Critichett, Grillo, Valda, Sperino. E siccome al metodo del nostro Prof. Clinico va unita una radicata e arida modificazione, così non s'ha dubbio che ogni occhista chiamerà questi operazioni col nome del suo inventore, contento di rendere giustizia al merito del Proprio Professore.

A voler dire il Prof. Gioppi non sarebbe stato il primo a tentare l'incisione in toto attraverso un taglio carnale lineare. Ecco quanto trova scritto nell'Archivio di Med. Chirurgia ed Igiene, redatto in Roma, nel Fascicolo VI pagina 348, anno 1868, del Prof. Mazzoni.

« In Londra fin dal 1832, seguiva corso delle idee di Sperino, di Torino, di estrarre cioè tutto l'apparato cristallino, (capsula e lente) mediante la pressione, il Critichett si provò far la stessa cosa mediante un cucchiaino, e ne ho veduta una serie completa nelle hands a Cataratta. Da poi, essendosi Critichett, che dall'incisione ripetuta degli istrumenti nell'interno dell'occhio, ne seguivano assai spesso arida, ed atroce pupillari abbandonò tale metodo di estrazione, che da lui non ebbe colla fatto il suo compito »

« Come. Nel 1856, il Costocuma di Napoli, di passaggio

in Roma, mi mostrò il suo metodo, che era quello stesso di Griffiths, a meno del taglio che era lineare. Nell'anno seguente praticai più volte questo metodo, e lo mostrai ai giovani, che in buon numero assistono sempre alle operazioni da me praticate, nello Stabilimento oltimontano Torlonia, ma dopo che i risultati ottenuti riuscirono meno felici del metodo classico, io l'ho ritenuto per servirmene soltanto in casi speciali. »

Gli strumenti però e il tecnicismo dell'operazione Cioppi sono alquanto differenti, e soprattutto è differente il taglio carneo-sclerale, al quale devonsi in gran parte attribuire la facilità colla quale si fa uscire capsula e lente; perocchè né il coltellino di Grife, né il taglio sul lembo carneo-sclerale coll'aderenza del lembo congiuntivale erano ancora introdotti nella pratica oculistica. Per ciò sarà bensì vero che il concetto di estrarre capsula e lente per mezzo del cuneajo avrà balenato prima alla mente del Prof. Griffiths, e di farla uscire per un taglio lineare a quella del Prof. Castarini che ne testarono la prova; ma gli strumenti, e i momenti ben definiti dell'atto operativo appartengono al nostro Prof. Cioppi.

Nel primo tempo egli eseguisce il taglio carneo-sclerale colle norme e collo strumento usati dal Prof. Grife, lasciando il lembo congiuntivale aderente al corneale; nel secondo fa scivolare il cuneajo fra le labbra della ferita fino a mettere la sua convessità a contatto della convessità len-

ficciare; abbassando il manico fa salire il cuscino al di dietro dell'iride, gli imprime un movimento di rotazione portandolo al di dietro della lente stessa che viene condotta dolcemente all'avanti e in alto otturando la pupilla, adagiata nella concavità del cuscino, fino che supera il taglio corneosclerale. Uscita la lente, e con essa una sgargia di vetro, l'operazione è terminata. Il cuscino acquista un movimento di rotazione su un asse orizzontale (essendo il cuscino portato ad angolo quasi retto). Devesi aver cura di mettere in perfetto contatto il lembo congiuntivale, che qualche volta si ripiega sulla cornea, spessissimo se troppo solco; se l'iride è molto perturbata da ricollaboro o stia, mediante un piccolo specillo o il cuscino di David, questa può si può chiudere la pupilla, e mettere l'ammalato in riposo.

La migliore fra le più o profonde modificazioni dei metodi accennati che fece dell'extraneamente l'operazione generalmente adottata, che accrebbe sicurezza all'operatore, e che aumentò i successi presentarsi, si fu l'iridectomia, da Galie introdotta come momento necessario dell'operazione, avvegnachè grandissima parte degli occhi restino perduti per iriti, o per irriduzione flagitante da questa alle altre non meno delicate membrane generata specialmente dalla costrizione dell'iride inevitabile nel passaggio della lente pel foro pupillare. L'iridectomia davanti il passaggio degli estratti all'uscita della lente, potrebbe in fatto p

l'apertura corneale essendo molto più ristretta di quelle che si eseguiscano nell'estrazione a lembo, e l'iride impacciando, quasi secondo involucre, il passaggio della lente attraverso la pupilla, questi ostacoli erano tali che raramente la Cataratta sarebbe uscita intera, e difficilmente anche a frammenti. Tecniche che non facciano facilitare la via, diminuendo la pressione nella Cataratta, la quale trovandosi prossima all'apertura corneale, passa facilmente attraverso il foro irideo all'esterno, con una pressione più leggera d'assi, si dissolvono quindi, e ben di gran lunga, le costrizioni sull'iride e la reazione successiva. I vantaggi dell'Iridectomia sono ormai così noti e consolidati da tanta esperienza, e da copia di fatti così luminosamente dimostrati, che torna inutile il discorrerne d'avvantaggio.

Nè è minimamente vero che la pupilla eccentrica non serva alla visione perfettamente bene; anche questo fu chiaramente dimostrato, e ognuno si sarà potuto convincere di tal vero se abbia eseguite estrazioni col taglio dell'iride. Nè la mancanza di moto, nè la maggiore ampiezza pupillare sono ostacoli alla perfetta funzionalità dell'organo visivo, che ogni oculista vanta risultati brillanti così da averci ammalati che leggono, scrivono, disegnano con una pupilla per lo meno doppia del normale.

È ben facil cosa quindi comprendere come sia assolutamente necessaria l'iridectomia nell'estre-

zione di Cataratte molle, e affetto duro, per mezzo del taglio lineare; perchè altrimenti sarebbe stata impossibile cosa l'estendere a tali Cataratte questo metodo, che non avrebbe trovato applicazione se non allora che si avesse avuto a fare con Cataratte molli.

Non v'ha dubbio, che fino da quando il Prof. Sperino volle introdurre in pratica l'estrazione di capsula e lente, ogni oculista non vedesse con tale modificazione della estrazione, sciolto un grande problema ed ottenuto un luminoso trionfo dell'oftalmologia. I pericoli che accompagnano il metodo, la difficoltà nell'eccezione, le frequenti perdite, risero dapprima perplesso gli oculisti se si dovesse accettarlo, estenderlo, o rigettarlo; la pratica lo finì le volle bandito.

Né l'utilità di tale chirurgico impedimento potrebbe essere disconosciuta, se l'operazione e la guarigione fossero meno morte. Quante volte dalla la cristallide posteriore si opaca, e parzialmente o totalmente per opacazione nuova, per rimasugli menuti di lente, rendendo necessaria una seconda operazione? È rarissimo che nella grandissima maggioranza, quasi nella totalità dei casi la cristallide posteriore non è opaca, ma fra il non essere opaca, e l'essere perfettamente trasparente corrono infinite gradazioni di tinta, né si vorrà negare che una pupilla nella quale il passaggio dei raggi luminosi non trova nessun ostacolo, ma incontra invece un solo mezzo rifrattivo quasi omu-

que di egual forza, non sia una pupilla perfetta; e Basinelli asserisce francamente che la pupilla dei suoi operati di Cataratto nei quali la cristallide posteriore era a sito, offeriva ad un osservatore come una linea particolare, un leggerissimo opacamento. Togliete la capsula e la pupilla non potrebbe essere più nera e trasparente, nè la visione più perfetta. Ciò non ha bisogno di dimostrazione.

Se noi ci facciamo ad esaminare il perchè le guarigioni riescano d'assi più facilmente, più sicure, e più rapide, quando capsula e lente sono fuori dell'occhio, ed il perchè l'iride reagisca assai meno alle contusioni ed ai traumi dell'operazione, bisogna confessare che tale domanda non ha peranco una pronta e nella spiegazione; a dire la quale dobbiamo ricorrere a qualche opinione, che, basata sulle nostre conoscenze fisiopatologiche ed anatomiche, può essere vera, ma potrebbe anche non esserlo.

Io credo che la causa di ciò sia in parte riposta nel muscolo cigliare concorrente alla rottura della zonula del Zinn. Difatti le fibre del muscolo suddetto, si attaccano alla parete interna del canale dello Schlemm, alla coroiden, e specialmente a quella parte che chiamiamo processi cigliari, ed alla parete posteriore dell'iride. Le fibre radicate sono unite ed intrecciate colle ciliar, e secondo l'opinione di Helmholtz, agiscono sempre di conserva. Sotto la cristallide anteriore, le fibre musco-

lari restano costanti per mezzo della zonula del Zinn, alla posteriore, possono contrarsi spasmodicamente, stringendo i due punti ai quali si mantengono posteriormente ed anteriormente, cioè i processi ciliari, la coroidale, e l'iride periferica, comprimendo la parete interna del canale dello Sclerum. Questi strumenti, che trovano un solo ostacolo, l'attacco cioè del detto muscolo alla cristallide posteriore, per mezzo della zonula del Zinn, cessano d'effetto quando la cristallide venga rotta o manchi del tutto, restando il muscolo senza appoggio; si toglie una parziale compressione nell'occhio sui processi ciliari, e sulla base dell'iride; la corrente sanguigna non trova impacci, si effettua quindi più libera e verace, e vien tolto così un fattore pericoloso d'ipertemia e d'infiammazione. Oltre a questa causa, crede che non ultima sia anche la comunicazione fra le due camere, per cui non esistesse differenza pressoria nell'interno dell'occhio.

Ed ora, analizziamo in breve comparativamente gli accennati processi operativi, apprezzeremo nei loro vantaggi, pericoli nei singoli strumenti operativi e nei risultati finali.

Esaminando le statistiche di questi processi operativi troviamo che ognuno accenna a molteplici trasti, e che ogni metodo aggrava al punto di metodo perfetto.

Come è facile comprendere dal fin qui detto la principale ragione per la quale abbiamo così po-

che suppurazioni della cornea si è perchè non nel vero tessuto corneale ma nel lembo sclerotico, quasi sulla vera sclerotica noi eseguiamo il taglio lineare, ricucendo la ferita molto più presto e molto più sicuramente perchè ricoperta da un lembo di mucosa congiuntivale, quasi fosse ferita sotto cutanea.

Si eseguisce il taglio di Grafe, che è anche quello del Cioppa, e il taglio in tre tempi del Critchett, le condizioni restano perfettamente identiche. Rinscorderò che il taglio col coltellino di Grafe è molto più elegante, che il lembo congiuntivale si può eseguire a piacimento esteso, e meno, e con maggiore sollecitudine. Tutti vantaggi mancano affatto al taglio di Critchett, il quale però ne ha degli altri, invano desiderati nel taglio primo accennato. Esso è più lento; si fa in tre tempi, per immersione, cioè, del cheratotomo lineare, e mediante i due tagli laterali colla fornice curva. Con ciò si hanno dei reali vantaggi. La perdita dell'acqua nel taglio col coltellino lascia che il bulbo venga edotto sin dai movimenti di sega, se il coltellino ne eseguisce per tagliare le ultime bricche del lembo che offrono poca tenacità per la fissura loro e del bulbo, sin dalla forma continua impiegata ad ultimare il lembo. Questo è molto dannoso perchè tali strumenti possono far lussare l'apparato capsulo-lenticolare, e far uscire il vitreo, o rompere la capsula, e far pulsare di troppo l'iride, o infine allargare il taglio irrego-

lamente, alterandosi la curva della scleride oculare. Ciò non avviene nel taglio a 3 tempi. Il cherotomo lascia vuotare più lentamente l'acqua, l'iride resta a sito, e la si rimette con facilità, e l'introduzione della forbice si fa con lena e per quella estensione che al taglio poco di dare, mentre pur troppo non accade sempre di poter dargli la punta del collino di Grise dove si vuole e si deve; e ciò si compende facilmente, o perchè il vuotamento dell'acqua dà una differenza disuguale alla fibrosa, o perchè eseguendo il taglio sulla sclerotica il più posteriormente che l'iride permette, la punta dello strumento non è veduta avendo davanti l'opacità della fibrosa stessa, potendo ingannarsi quindi sul vero punto che viene fatto.

A vero dire potrebbe che non ci potesse essere incertezza sulla scelta fra i due momenti operativi, ognuno deporrebbe con convincimento pel taglio alla foglia di Galle. Ebbene! Esigete questo momento come lo indica l'Autore inglese e vi garantisce che voi resterete perplessi alla scelta.

Altra incognita da temere grandemente durante l'atto operativo della Cataratta, è la contrazione spasmodica delle palpebre e dei muscoli tutti dell'occhio che rivela qualche male, appena si incomincia l'atto operativo, subito interdetto, cioè, lo strumento nella camera anteriore?

La contrazione spastica di più la fibrosa, è facilità il taglio che si esegue con libere e sag-

diti, e continuando, pel suo effetto si rendono di
spesso perfettamente inutili i successivi momenti
dell'operazione; lento e capota schizzano con una
certa violenza fuori dell'occhio, il vitreo si fa
strada all'esterno, l'iride si prolassa, e quasi al
chirurgo che non sa fregido e rapido a levare il
divarcatore e a chiudere le palpebre, tranquillare
il malato, per poter rimettere a segno o occludere
l'iride, e lasciare l'occhio. Questa succede ulti-
mamente a me in quattro casi, e le contrazioni
erano tali che l'apparato capsulo-lenticolare scissa-
to con violenza dall'occhio. Dura fatica a tran-
quillare i malati, a rimettere come meglio poi si
tutto a sito, e lasciare l'occhio. Essi guarirono
tutti quattro ma con una enorme deformazione del-
la pupilla. Il taglio del Critichett, che si eseguisce
in 3 momenti non permette che ciò succeda, per-
chè fino a tanto che il malato ritorna tranquillo si
può tener chiuse le palpebre e senza pericolo at-
tendere a compiere il taglio circostanze malate,

Io credo, che sia una verità non discutibile
questa: che più si fa soggetto di critica un pro-
cesso operativo, un'opinione scientifica o altro,
maggiore sia la prova dell'esperienza del fatto in
discussione. Ciò premesso perchè nella severa cri-
tica al metodo Gioppi si veggia soltanto il desiderio
che la verità si faccia strada, e che il merito del
metodo stesso venga apprezzato giustamente. Ve-
nendo quindi alla descrizione del II. momento
dell'operazione e in specialità del metodo Gioppi

la critica servirà a bilanciarla e a mettere in maggiore evidenza i vantaggi e i disopoli degli altri due metodi, noi ci troviamo di fronte a controverse opinioni che giova ponderare, discutere e giudicare. E principalmente l'iridectomia è necessaria, ovvero è utile soltanto? E il vantaggio che essa porta sugli altri operativi è tale da doverla rendere obbligatoria in ogni occasione?

Da questo dibattito delle nell'apprezzamento dell'iridectomia, ripartendo tutte le ragioni che fanno da tale incerto operativo, la causa principale dei trionfi del metodo inglese, e dell'ultima di tutte è chiaro che l'iridectomia si ritenga da molti autori necessaria, almeno nella grande maggioranza dei casi. Ed io mi attengo a questo numero sino a che successive e desiderate modificazioni non apportino nuovi vantaggi. Edotti gli autori, della pratica giornaliera, come via dunque l'introduzione di strumenti nell'occhio, conseguono l'iridectomia onde facilitare la rimozione del nucleo e in strumenti calatrati che vanno all'esterno per un taglio lineare, di spesso mediante la sola pressione. Ma pel Prof. Gioppi, che sconsiglia la Cataratta, abbandonandola nella cavità dello strumento al di dietro della capsula posteriore, l'iridectomia è superflua, perchè è necessaria l'introduzione del cuneo. E sia pure così! Sconfitto l'istoma dell'iride, ma allora il Prof. Gioppi, ci faccia conoscere tutti i vantaggi che risultano da questa pratica. E sarebbe un vero vantaggio, l'avere

la pupilla rotonda, e che deve continuasse a mantenersi centrale, vantaggio della migliore funzione dell'organo o per l'estetica; sarebbe vantaggio non indifferente, se la permanenza dell'iride difficoltosa od impedisse l'uscita di una sboccata di vitree; sarebbe vantaggio di-cuo, se, lasciando intatta l'iride, si diminuisse il pericolo di un'ultra, spettro che trambrascia così frequentemente, l'anima dell'operatore. Colla mia sola esperienza, e colla conoscenza di parecchi casi operati dall'egregio Prof. Gioppi, io rispondo: « Di 34 casi che operai, ebbi una sola volta, la pupilla perfettamente rotonda e centrale, un'altra volta, la pupilla era quasi rotonda, ma non centrale, in 32 casi, era periferica. » Lascio ai lettori il fare la proporzione procentuale di questa statistica? E la pupilla, può essere tanto periferica, da non essere vista, e non servir a nulla, perchè collocata al di dietro della sclerotica, stirandosi quindi enormemente si disframma nudo, nella parte opposta al taglio corneo-sclerale. Tale stiramento, può arrecare, e arreca dolori, nevralgie ricorrenti, annebbiamenti di visione, emorragioni, e agglomerando alla periferia opposta, più che metà dell'iride, fa nascere brutte cicatrici, non sempre senza pericoli. La prociidenza dell'iride, che, ripeto, può essere enorme, diviene un vero stallo, che può scoppiare; può ulcerarsi la cicatrice, e riaprirsi: può, in casi estremi, perdendosi l'organo vitreo. In saccata, riporto due mie osservazioni. Nella prima, trattasi di una Si-

gnara di Conqgliano, di 69 anni circa, sana e robusta, d'occhio piccolo ed indebolito. Operazione col metodo Gioppi, senza accidenti, se tagliò un leggero spostamento papillare. Dopo 15 giorni, visione completa, per lo spazio di quasi 3 mesi, potendo leggere, scrivere, trapuntare. Ma la cicatrice fu lenta a consolidarsi, per l'iride che si era fraposta alle labbra della ferita, l'iride cominciò a nascondersi superiormente, un hernoccolo negro-giallo crebbe sulla cicatrice stessa, e a poco a poco, in 2 mesi la pupilla si condusse dietro la sclerotica, incidendo la malata cieca, lusingata, solo che un'iridectomia venga a ridarceli al mondo e alla vita. Tale esito si manifestò durante una mia lunga assenza. Un frate di Sebenico, fu operato senza accidenti col metodo Gioppi. Dopo 7 giorni, cicatrice avvenuta; ma la pupilla era deformata superiormente, come se fosse tagliata l'iride, e tale coloboma era vastissimo. Continuano vari giorni, doloretti, leggera tumefazione palpebrale, e iperemia venosa della congiuntiva bulbare. Dopo 2 mesi, lo stafiloma era enorme, la palpebra, sempre un poco tumida, non poteva nemmeno aprirsi, la pupilla torbida, la visione scarsa, la curva corneale, alterata. Fu chiamato con istanza, ma prima del mio arrivo si sparse lo stafiloma, si formò per alcuni giorni una fistola, che guarì ristabilendosi l'equilibrio fra le curve, riprendendosi il circolo inceppato dalla compressione, e ritornando la visione, che si mantiene anche oggi giorno. Lo stac-

momento arido è frequentissimo, e noi cogliamo quasi pericoli lo accompagniamo, e questo ogni attore medicali perchè su faccia del suo meglio, onde non abbia luogo. Da una arte, e suoi cost, noi possiamo avere un glaucosa spuma, acuto, che ci uccida la facoltà varia in pochi ore.

Preso nella concentraz del cuochino la Calatralla, egli succede ben di frequente, che la capacità si rompa, e che il solo nucleo, e qualche volta neanche quella, possa venire condotto all'esterno, restando i frammenti nell'occhio. Ci si insegna di cingere e leggere e graduste pressioni, onde spingerti all'esterno, di attendere il ripristino dell'acqua, onde facilitarne l'uscita, e facilmente di andare a pescare col cuochino, ed estrarli. Ebbene! È facil cosa il prendersi col cuochino, e il far uscire per scivolamento, quando l'iride è intatta, e a ciò, e peggio quando è prolapsa? Si esegua l'iridectomia, e potremo entrare dieci volte nella camera anteriore col cuochino, e cogliere colla massima facilità i più piccoli frammenti.

E se alla rottura di capsule si aggiunge una emorragia della congiuntiva nella camera anteriore come distinguono l'iride, e come potremo schiarirla? Dovrassi attendere il ripristino dell'acqua, e vuotarla onde schiarare l'occhio, ed attendere nuovo ripristino, e rivuotarla, e così finire a lungo un'operazione che avrebbe potuto terminarsi in un minuto, perchè è fatto da non disot-

teri, che la permanenza dell'utero, è frequente causa di rottura di capsula! Gli apprezzamenti di un atto operativo, non vanno fatti quando l'operazione, a tutto procède a seconda; sibbene quando alla regola si sovrintende l'eccezione, e, allora! l'eccezione in chirurgia, è frequente, troppo frequente! Quanto volte prendo in mano il ferro, eseguisco il taglio, introduco il cucchiaino, sono per avere capsula o lenta lacer dell'occhio, ed un movimento brusco dell'istruimento, una pressione inumidamente esagerata, rompe la capsula, e compiendo l'atto operativo perfetto, se un'operazione comparabile e «costa»!

Il Prof. Goepi dà poca importanza all'ectomia dell'utero, e troppa ne attribuisce a conservarla, il cui scopo egli si circonda di gravi pericoli, che tanto facilmente scongiura l'iridectomia.

Blaser, Gradenigo, Moscatoglio, Businelli ed io stesso, consiglieranno, subito che le stampe recano di pubblica ragione il metodo Goepi, e che la pratica ci face vedere, quanto questo avesse di merito e d'importanza, consiglieranno dico, ad imitarlo, per l'iridectomia, e il Prof. Blaser, anche pel taglio sclero-corneale inferiore. Il calibismo irideo tanto frequente, lo spostamento papillare, e tutte le conseguenze che accompagnano questi fatti, indussero il Prof. Goepi ultimamente a modificare il meccanismo dell'atto operativo, sostituendo il taglio di Critchett, laterale, cangiando forma al cucchiaino, e mandandolo in pari tempo il

accidentamento. Siccome tali esperimenti sono tuttora in corso, nè offuscano peranco la sanzione dell'inventore, non voglio indiscretamente parlarne.

Dove veramente è chiaro il merito del metodo del Sig. Prof. Guppà, si è nelle manovre per l'estrazione dell'ultimo momento dell'operazione, e nella soluzione pratica e felice, del problema dell'uscita di capsula e lente per un taglio lineare. Sia pure che il Dott. Critchett, abbia ideato e provato nel 1862, a Londra, l'estrazione di capsula e lente insieme; che il Castorani ne abbia modificato il meccanismo, che il Mazzoni siasi associato a questi esperimenti; resta un fatto, che la stampa tacque di questi lavori, o avrebbe detto, che Critchett abbandonò gli esperimenti, Castorani se ne mostrò poco contento, e Mazzoni riservò tale processo a casi speciali. Noi invece possiamo attestare quanto merito pratico ci sia nel momento in discorso dell'operazione del Prof. di Padova, e quanta pienezza di esito, esso ci parga.

Anche a questo secondo momento si potrebbe fare un appunto più grave in apparenza di quello che riesce in fatto. E di vero: se la capsula si rompe, e trattasi a mo' di esempio di Catarattia semimolle nucleata, i frammenti non trovando più la cristallode posteriore che li arresta, possono cadere nella camera posteriore e farsi causa di iridocyclitide. Comprendo come nel timore dei guasti che arreca il nucleo catarattoso nella refrazione si tenti a torto che tali frammenti possano appor-

tare disastri eguali. I frammenti sono piccoli, poco pesanti, qualche volta meno del vitreo, galleggiano di spesso, e possono venir presi col cucchiaino, e si rilasciano anche nel vitreo, possono in seguito venir assorbiti e distrutti, e ciò con maggior facilità, che l'aspirazione della capsula posteriore lascia comunicare fra loro acqua e vitreo, aumentando la forza dissolvente dei liquidi stessi. (Il vitreo ne possiede pochissima per non dir nulla). Onde riusciva più facilmente ad ottenere dall'occhio tutto l'apparato capsulo-lenticolare in mestieri l'introdurre il cucchiaino, dopo eseguita l'asclerectomia, più perfettamente che sia possibile, e ciò si ottiene dando gli una posizione che presenti un angolo quasi retto col piano orizzontale della lente.

Apprendendo più addietro tale momento operatorio, so esposi la ragione, per la quale credo si ottengono successi così brillanti, perchè, a parte la deformità di pupilla occorrente, il Sig. Pest. Gioppi, licenziò ammalati, dopo 30, 34 o 42 ore dall'operazione, con distacco avvenuta per prima intossicazione.

Ma si permette, che richiami qui, due fatti, succeduti a Salerno. Operai una donna di 67 anni, per estrazione col metodo Gioppi, ma con iridectomia. L'occhio presentavami caratteri speciali, che deponevano per una complicazione coraleale, qualunque offeso leggero Esercia trepidante l'istrazione, che riuscì brillantemente, e senza complicazioni. Raccomandai la calma alla donna,

la benda, e la misi a letto. Dopo 4 ore, trovai tolto lo bendo, durante un sonno inquieto, e la donna sepolti la testa, in un ammasso di coperte. Ebbene! Essa era quasi guarita e dopo 24 ore la dimisi.

Un vecchietta di 73 anni, scarna, ma robusto e ben portante, vuol essere operato di due Cataratta. Una sola era matura. Dovendo partire il giorno appresso, e non avendo da abbandonare il malato dopo un atto operativo così importante, cercai di esimersi, consigliandola a recarsi da altre collega, che avrebbe potuto soccorrerlo a bell'agguo. Vana sfera. Voleo che io operassi, addossandomi egli solo la responsabilità di tale rischio. L'occhio era piccolo e profondissimo. Esegui quindi il taglio inferiore o l'undercutting. Ebbe felicemente capsula e lente dell'occhio. Dopo 3 ore abbandonai l'occhio, e dopo 12 ore l'ammalato poteva partire pel proprio paese. Io non voglio negare, che forse il metodo Grife o Critchett, non arriva allo stesso risultato, e che forse, solo perchè non si ebbe il coraggio finora di licenziare malati dopo 12 o 14 ore, operati con quei metodi, si tributino maggiori lodi al metodo Gioppi, che ad un altro, ma egli è certo, che non si può nascondere le gravi impressioni, che muovono nell'animo, fatti di simile natura. A Reggio io andai più oltre. La mamma di luce, nella stanza di un povero vecchio di 75 anni, mi fece prescegliere di operarlo ambulantemente all'albergo, e così fu fatto. Dopo l'operazione, eseguita col taglio di Critchett, e la

iridectomia, bendai l'occhio e fissai il malato, che 24 ore dopo, ritirai senza benda, cicatrizzata la ferita. Confrontando questi esiti, con quelli che si ottenevano 30 anni or sono, quando si perdeva il 50 ed il 60 per cento degli occhi operati, considero che si possa gloriarsi dell'opera nostra, e inseguire per un momento dei progressi della nostra scienza.

Dissi più addietro come io abbia messo in atto, ripetute volte, tutte le accennate modificazioni dell'estrazione lineare. Ne viene di conseguenza che io mi abbia fatto un concetto, a seconda dei risultati ottenuti, di opera di esse, e che questo concetto mi guidi sempre nella scelta dell'atto operativo in ogni singolo caso pratico.

Egli è naturale cosa che a seconda del malato da operare, del genere di Cataratta, e delle sue complicazioni, della forma e posizione dell'occhio ecc. si cerchi di scegliere fra i momenti della diversa operazione descritte quella che più facilmente ci fanno superare le difficoltà, di assollarli, o di modificarne anche il tecnicismo. Perciò un concetto unico dell'operazione di Cataratta io non l'ho per tutti i casi, ma, sempre pronto a mutare all'evenienza, addetto: « Il taglio di Cristofetti superiore per primo momento, una larga iridectomia nel secondo tempo, lo sottochiamento di capsula e lente secondo le regole del Prof. Gioppi per ultimo atto operativo. » Molto di spesso al taglio del metodo inglese sostituisco il taglio di Grise, spe-

cialmente se il malato è deciso e intelligente. Se l'occhio è piccolo e profondo il taglio va eseguito lateralmente o inferiormente, sia col coltellino di Graefe o col cheratotomo lancetolare. Nelle Cataratte molli o semi-molli il metodo Gioppi, come lo descrive e consiglia l'autore, sarebbe dannosissimo. Dovrei far procedere l'iridectomia per facilitare l'uscita ai frammenti.

Se accade che l'iride faccia proceidenza, dopo il taglio per iridectomia col cheratotomo lancetolare, prima che la forbice le abbia completato per quella estensione che si desidera, e venga quindi rese difficilissima l'introduzione di questo strumento, si rimetta il prolusso come si può meglio o con premura sulla sclerotica, o mediante uno specillo. Non riuscendovi, si tagli l'iride prima e si compia quindi il taglio.

Se ha luogo una emorragia dalla congiuntiva la si arresti prima di passare all'iridectomia, onde smorzare l'emozione.

Si deve sempre eseguire e tentare di eseguire l'entrazione di capsula e lente, come lo indica il Prof. Gioppi.

L'esperienza mi ha insegnato che il miglior bendaggio, il meglio tallorato dal male, che lascia una circolazione all'aria, e quindi non accumula quantità di calore o di umidità si è il cotone vergine. L'elasticità che esso presenta, il suo poco peso lo rendono per me l'unico bendaggio adoperato.

L'uso dell'atropina valuto dopo l'operazione non deve essere dimenticato per la parte che essa arreca alle tonache muscolari anteriori per cui la circolazione è molto più libera e lo scambio del materiale nutritivo molto più vivace.

Alcuni autori, e non son pochi, operano la Cataratte sotto l'anestesia del cloroformio e dell'etere. Per me non si veggono le necessità che qualora l'anestesiato sia anelico, e lo esiga assolutamente. I movimenti disordinati che può commettere il malato nel risvegliarsi, la spertica centrale che segue allo stato di assemia, recato dal cloroformio, il vomito che esso eccita di frequente, sono, a parere di altri, sufficienti ragioni per farmi bandire questo uso. Il cloralo, ora così generalmente introdotto nella pratica non serve all'uso il sonno non è sufficiente, essendo piuttosto un sopore che un sonno che egli apporta, e la via ipodermica non parrai usare, perchè tali inferieri (d'altronde troppo abbondanti) destano suppurazioni e veri flemmi.